

# 家族 高額療養費 支給申請書 1/2

## 付加給付金



被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 XXXX	番号 XXXXXX	保険者所在地 〒141-0022 東京都品川区東五反田2丁目18-1 東洋製罐健康保険組合 保険者番号・名称 03(4514)2043	
	氏名	(フリガナ) トウカン イチロウ (自署) 東罐 一郎	申請者が自筆にて記入してください		
	住所	(〒 - ) 神奈川県横浜市鶴見区●●町 1-2-3	■ハイツ101		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL XXX (XXXX) XXXX	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		

申請事由  
横浜市の子ども医療費助成が所得制限により受けられないため

注) 従業員のみ、下記の被保険者欄に記入 (アルバイト、任意継続者、資格喪失者は記入不要)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	(自署) 東罐 一郎	申請者が自筆にて記入してください		令和 XX年 XX月 XX日
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) 住所 (フリガナ) 氏名・印	給付金を給与振込にて受けとるための委任です アルバイト、任意継続者、資格喪失者は代理人の記入不要		委任者と代理人との関係に <input checked="" type="checkbox"/>
			「個人」を代理人にするときは代理人の捺印		<input checked="" type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 個人

注) アルバイト、任意継続者、資格喪失者 および 代理人(個人)は下欄に記入

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入、濁点(°)、半濁点(゜)は1字として記入ください)	口座名義の区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

### 区分の記入

- 「1」 アルバイト、任意継続者、資格喪失者の被保険者(申請者)本人
- 「2」 申請者以外の個人代理人

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

家族

高額療養費  
付加給付金

支給申請書 2/2

被保険者氏名

東罐 一郎

請求は1ヶ月につき1枚を作成ください  
(複数月分を請求する場合は、申請書も  
複数必要です)

申請内容	1 診療月	令和 XX 年 XX 月		[ 左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、 薬局、入院・通院 別等)にご記入ください。 ]
	2 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
		氏名 東罐 花		
	家族の方の	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	生年月日	XX XX XX XX 年 月 日		
	3 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称 東洋病院		
所在地	横浜市鶴見区●●町 ●-●-●			
療養の内容などについて	4 傷病名 ケガ(負傷)の場合は 負傷原因届を併せて ご提出ください。	上気道炎		
	療養を受けた期間	(令和)年 月 日 XX XX XX XX XX から XX XX まで	(令和)年 月 日 から まで	(令和)年 月 日 から まで
	入院通院の別	1 1. 入院 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 2. 通院・その他
医療機関等で支払った金額などについて	5 支払った額のうち、保険 診療分の金額(自己負担額)	105,156 円	円	円
	自己負担額が不明の場合は 支払った総額	円	円	円
はいの場合	6 他の公的年金から、医療費 の助成を受けていますか	2 1. はい 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ
	助成を受けた 制度の名称			
	自己負担分の 助成の内容	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり

1の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。

7 診療月

1 令和 年 月

2 令和 年 月

3 令和 年 月

必要な添付書類

添付漏れがないようご注意ください

医療機関・薬局の領収書のコピー(本申請にかかる全ての領収書)

※ 受診月の3ヶ月以降の支給となります。

医療機関からの医療費請求の遅れによっては、さらに遅れる場合がありますのでご了承願います。